DISSERTATION

N° 161

SUR

LA PHLÉBITE AIGUË;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 5 août 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR YVES-MARIE LE BOYER.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons Sorbonne, n°. 13.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Suppléant.*
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Examinateur.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Président.* CHOMEL, *Examinateur.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers, *Examinateur.*	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard, *Suppléant.*
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau, *Examinateur.*
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

A MONSIEUR PIERRE,

Médecin et Professeur à l'école militaire du Val-de-Grâce.

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS.

Y.-M. LE BOYER

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

DISSERTATION

SUR

LA PHLÉBITE AIGUË.

Introduction. — La phlébite, de φλεβ, εβος, *veine*, et de la terminaison *ite*, donnée à toute inflammation, désigne la phegmasie des veines.

Cette grave maladie, quoique n'étant bien connue que depuis peu d'années, ne fut pas entièrement ignorée des médecins de l'antiquité. Arétée nous apprend, dans son chapitre *De venæ concavæ acuto morbo*, que les médecins de son temps avaient cru reconnaître l'existence de la phlegmasie de la veine cave, phlegmasie que lui-même décrit avec tout l'art dont est capable un homme qui joint l'élégance du style au génie observateur. Cependant il est le seul qui en ait fait mention, et depuis nous ne trouvons aucun exemple qui puisse nous faire voir qu'on l'ait observée : car les faits rapportés par *Ambroise Paré* et par *Dionis* paraissent plutôt dus à la lésion d'un nerf qu'à la phlébite. Mais à la fin du dernier siècle *Schmuck*, *John Hunter*, *Sasse*, *Benj. Travers* vinrent, par leurs recherches et leurs expériences, confirmer l'existence d'une phlegmasie sur laquelle *Morgagni* avait déjà recueilli quelques faits. Depuis, grâce aux progrès de l'anatomie pathologique, cette maladie devint de plus en plus connue. C'est principalement aux travaux des docteurs *Breschet* et *Ribes* que nous devons les meilleures

descriptions de cette funeste maladie, que je vais tâcher de décrire dans le plus petit cadre possible, ayant été à même de l'observer un grand nombre de fois ; heureux si je puis ne rien oublier.

Ce sont les causes qui vont d'abord attirer notre attention, et comme elles sont très-nombreuses, nous croyons convenable de les partager en *internes* ou *générales*, et en *externes* ou *locales*.

Causes internes ou *générales*. Nous pouvons par analogie considérer comme susceptible de produire l'inflammation des veines tout ce qui donne lieu aux différentes phlegmasies. La jeunesse, un tempérament sanguin, l'action augmentée du cœur et des artères. A ces causes nous pouvons joindre un grand nombre de maladies dans lesquelles on a été à même de l'observer. *Frank* a remarqué les veines et les artères enflammées dans une fièvre inflammatoire. Le docteur *Ruckeim* rapporte un exemple de phlogose de la veine cave inférieure, dans un cas de phthisie tuberculeuse. Le docteur *Patissier*, sur un sujet mort du tétanos, a rencontré les membranes internes des ventricule et oreillette droits du cœur d'un rouge très-intense. Notre honorable professeur, M. *Fouquier*, a trouvé du pus dans les veines hépatiques, dans une fièvre bilieuse. M. *Ribes* a remarqué, dans un grand nombre de personnes mortes de la fièvre adynamique, la veine cave inférieure enflammée ; et sur des vieillards atteints du scorbut, il a pareillement observé des phlegmasies dans les veines. Les deux *Franck*, et quelques autres médecins ont rencontré, dans les typhus, les veines du cerveau phlogosées.

Le fait rapporté par M. *Breschet*, dans lequel un jeune enfant, mort à la suite de la répercussion de la gale, offrit à l'autopsie la veine cave inférieure rouge et renfermant du pus, tend à faire penser que la phlébite peut être la suite d'une métastase.

Enfin, sans aborder la question de savoir s'il existe ou non des maladies du sang, je pense que les veines chargées de rapporter le sang veineux des extrémités au cœur peuvent très-bien s'enflammer par

la présence de ce liquide, lorsqu'il est altéré ou contient des substances irritantes.

Causes externes ou locales. Les accidens consécutifs de la saignée avaient été considérés comme provenant de la piqûre d'un filet de nerf, et telle est encore l'opinion de quelques médecins. *John Hunter,* ayant vu périr plusieurs chevaux à la suite de la saignée de la jugulaire, aperçut à l'autopsie cette veine enflammée, et l'inflammation s'étendant jusque dans la poitrine. Plusieurs médecins vétérinaires reconnurent la formation de pus et de fausses membranes dans ces vaisseaux après la phlébotomie. *Abernethy* observa, dans une saignée du bras, une phlegmasie s'étendant à trois travers de doigt au-dessus de la section de la veine ; *Benj. Travers* l'a vue s'étendre à deux pouces au-dessous et à trois au-dessus. Les exemples nombreux publiés dans les journaux, et les faits qu'on est à même d'examiner dans les cliniques de nos hôpitaux, viennent nous démontrer que la phlébite est un des accidens les plus fréquens de la saignée, sans qu'elle paraisse dépendre de l'âge, du sexe, du tempérament du malade. Au contraire, elle paraît survenir à la suite de tout ce qui peut retarder la réunion des bords de la saignée : la piqûre faite avec un instrument émoussé, sale ou oxydé; les mouvemens exécutés imprudemment par le membre phlébotomisé, tout corps gras placé entre les lèvres de la plaie, la non-réunion par première intention, les efforts pour repousser un flocon de graisse s'opposant au jet du sang, l'introduction réitérée de la lancette dans la même saignée, l'usage inconsidéré du sel dans les plis de la compresse. Il est rare que, consécutive de la section d'une veine, elle ne puisse pas être rapportée à un des cas précédens. Cependant on ne peut tout à fait rejeter une certaine prédisposition, soit atmosphérique, soit individuelle, cette maladie ayant été observée, dans le mois de mai de cette année, un grand nombre de fois dans différens services, et sans qu'on puisse en rapporter les causes à celles déjà mentionnées.

Les plaies par piqûre sont quelquefois accompagnées de phlébite,

surtout si l'instrument est chargé d'un principe putride ou irritant. Ainsi, à la suite de la piqûre d'une épingle qui avait servi à panser un vésicatoire, est survenue, chez le docteur *Serin*, une phlébite à laquelle il a succombé. M. *Duncan* rapporte l'exemple d'un jeune médecin qui éprouva le même sort, à l'ouverture d'un phlegmon avec un bistouri qui avait servi, peu de temps avant, dans un anthrax. En 1827, j'ai observé à Nantes la veine saphène interne s'enflammer et entraîner le malade au tombeau, à la suite d'une piqûre au talon, faite par un morceau de verre. A ces causes se rattachent les phlébites consécutives de plaies d'armes à feu et de fractures avec esquilles.

Les veines, en communication directe avec les tissus malades, sont très-souvent prédisposées à s'enflammer. Dans les érysipèles phlegmoneux on rencontre la plupart du temps du pus, non-seulement dans les veines voisines, mais encore dans les veines éloignées. M. *Ribes*, l'ayant observé plusieurs fois dans ce cas, a remarqué que, si l'érysipèle se terminait par la suppuration, les veines voisines étaient presque toujours affectées. Ce même auteur l'a vue occasionée par des engelures. M. *Marjolin*, dans un phlegmon, a trouvé les veines environnantes enflammées et pleines de pus. Chez un varioleux, mort au moment de la suppuration, les veines superficielles étaient phlogosées. Très-souvent, dans les caries, les vieux ulcères, surtout dans la pourriture d'hôpital, on rencontre des phlegmasies développées dans les veines qui les touchent.

Sur les sujets morts à la suite de grandes opérations, les veines présentent assez souvent des traces de phlogose. M. *Gendrin*, ayant examiné trois personnes mortes à la suite de la lithotomie, trouva les veines du bassin tuméfiées jusque dans la veine cave. *John Hunter* l'a remarquée dans les amputations, et il lui attribue la vive douleur et la propagation de l'inflammation dans le membre. *Benj. Travers* attribue le développement de la phlébite aux ligatures que l'on place sur les veines ; mais *Hammerick*, en Angleterre, quoique plaçant toujours des ligatures, ne l'a pas observée; et MM. *Breschet et Lisfranc* l'ont vue sur des veines qui n'avaient pas été liées. Ne pourrait-elle

pas être attribuée à l'inflammation vive du moignon? Dans les accouchemens laborieux, il n'est pas rare de la voir se développer, soit dans les veines des membres abdominaux, quand la tête du fœtus est capable d'intercepter le retour du sang, soit dans les veines utérines, iliaques, et même dans la veine cave inférieure, et elle pourrait être attribuée à une métrite.

Dans un grand nombre d'autopsies faites par M. *Breschet* sur des jeunes enfans morts peu après leur naissance, il a très-souvent rencontré l'inflammation de la veine ombilicale, ce qu'avaient déjà observé *Meckel* et *Osiander*. Ne serait-elle pas due à l'inflammation que la constriction du cordon, trop proche du ventre, peut produire sur la veine ombilicale?

Les varices, si elles ne sont elles-mêmes des phlegmasies chroniques, sont dans des dispositions capables d'occasioner des phlébites aiguës à la moindre lésion déterminée soit par le froid, soit par une contusion ou par des corps irritans. Les accidens qui se développent par leur ligature, leur incision et leur excision, sont presque toujours dus à la phlébite qui en est la suite, et font tout le danger de ces opérations.

Enfin, nous ajouterons l'injection de substances acres et irritantes, agissant mécaniquement ou chimiquement sur la membrane interne des veines, comme les expériences de *Sasse* et de M. *Longuet* nous le démontrent.

Si nous résumons les nombreuses causes externes, nous pouvons les ramener à quatre principales : 1°. la section des veines, 2°. leur contact avec les parties malades, 3°. un obstacle au cours du sang, 4°. un irritant de leur surface interne. Après avoir passé en revue les différentes causes de cette phlegmasie, nous allons nous occuper des symptômes, que nous diviserons en *locaux* et *généraux*.

Symptômes locaux. Si les circonstances commémoratives ne suffisent pas pour faire reconnaître cette maladie, du moins elles la font pré-

sumer, et, jointes avec d'autres symptômes, elles peuvent nous conduire à la vérité. Une douleur, d'abord légère, se fait sentir le long du trajet de la veine, en commençant à l'endroit soumis à l'action de la cause, et se dirigeant vers le cœur. Bientôt cette douleur devient tensive et augmente par le toucher, au point qu'en y portant les doigts, le membre, par un mouvement involontaire, se retire afin de se soustraire à la pression. Le tissu cellulaire n'est pas douloureux, ou bien il se gonfle, s'enflamme, et le membre entier participe à l'état inflammatoire; les mouvemens du membre sont presque toujours bornés. Lorsque le vaisseau enflammé est superficiel, la peau qui le recouvre rougit, devient sensible et rénitente: parfois les veines voisines soucutanées se dessinent et forment un réseau rouge. Souvent lorsque, par des frictions, on pousse le sang et que l'action vient à cesser, la colonne de liquide revient sur ses pas par un mouvement rétrograde. Plus tard le vaisseau devient plus dur, plus tendu, et semblable à un cordon roulant sous le doigt et présentant des nodosités. Parfois, il se développe des abcès le long du trajet de la veine, ou le membre se trouve envahi par une érysipèle souvent très-considérable.

Lorsqu'elle est produite par une saignée, peu de temps après l'opération un léger picotement se fait sentir à l'endroit même de la piqûre; bientôt il s'y développe de la douleur et du gonflement; la petite plaie devient béante, ses bords se durcissent, et il en découle une sérosité roussâtre mêlée de sang, puis un véritable pus. Il est à remarquer que l'inflammation qui s'est formée ne suit pas toujours la direction du vaisseau vers le cœur. Les exemples cités par *Benj. Travers*, et plusieurs faits dans lesquels j'ai vu l'inflammation s'étendre jusque vers le milieu de l'avant-bras, nous montrent que cette phlegmasie peut suivre une direction opposée à celle de la circulation sanguine dans les veines. Presque toujours la partie inférieure du membre se tuméfie, et on y aperçoit des plaques érythémateuses ou érysipélateuses, qui en se réunissant constituent un érysipèle général.

Si la cause est profonde, les seuls symptômes apparens sont : une douleur le long du trajet des veines, et roideur des parties; presque toujours ils sont précédés d'une horripilation générale, de frisson, de céphalalgie.

Symptômes généraux. Quoiqu'ils ne soient encore qu'imparfaitement connus, on peut admettre ceux qui se développent pendant les phlegmasies aiguës : trouble général, fréquence et dureté du pouls, rougeur de la face, céphalalgie, délire ou rêvasserie ; les malades sont irritables, agités, inquiets, des idées tristes et sinistres les tourmentent sans cesse. Quelques médecins ont signalé dans la phlébite des symptômes ayant la plus grande analogie avec ceux du typhus. M. *Récamier* prétend avoir toujours observé un caractère inflammatoire, d'abord marqué presque exclusivement, puis une grande prostration, avec chaleur très-forte à la peau et sécheresse à la langue.

Marche et durée. Si nous portons nos regards sur la marche de la phlébite, nous verrons qu'elle est presque toujours aiguë : le fait rapporté par M. *Fouquier* vient nous montrer qu'elle peut affecter le type rémittent. Il n'est pas aussi contraire au bon sens d'admettre une phlébite chronique, quoique les auteurs ne l'aient pas encore reconnue. Si nous passons à la durée, nous remarquerons qu'elle est très-variable. J'ai vu arriver la mort dans les vingt-quatre heures ; le plus souvent on la voit survenir dans les huit jours ; d'autres fois la maladie se prolonge vingt, trente, et même cinquante jours. Lorsque la maladie doit se terminer par la santé, les symptômes diminuent vers le sixième ou huitième jour, et la guérison a lieu vers le quinzième.

Terminaison. Si l'inflammation est légère, la phlébite peut se terminer par résolution, et la veine reprend ses fonctions. Quoique rare, cette terminaison s'est quelquefois offerte à notre observation. L'irritation est-elle locale? existe-t-il de la compression? il peut arriver que la veine s'oblitère, et que ses parois adhèrent entr'eux. Si l'o-

blitération porte sur un tronc principal d'un membre ou d'une partie quelconque, alors il y a infiltration et hydropisie du membre ou de cette partie par défaut d'absorption veineuse. Mais nous ferons remarquer que la suppuration est le mode de terminaison qui se présente le plus fréquemment. Il est presque toujours mortel, et c'est au mélange du pus avec le sang circulant dans les veines que l'on attribue la propagation de la maladie vers le cœur, le poumon, le cerveau, etc. Lorsqu'elle n'est pas suivie de la mort, l'inflammation diminue, le pus devient albumineux, et il se forme une adhérence secondaire. Il est des médecins qui mettent en doute l'ulcération des veines; cependant *Morgagni* et M. *Portal* ont remarqué de petites ulcérations dans la veine cave; *Hogdson, Benj. Travers*, M. *Breschet* l'ont aussi plusieurs fois observée. Il faut faire attention que l'oblitération des veines précède presque toujours leur ulcération. Peut-on admettre la gangrène parmi les terminaisons? Rien jusqu'ici n'a pu le démontrer; elle ne paraît avoir lieu que quand les autres parties environnantes sont attaquées de cette maladie.

Diagnostic. Cette maladie, souvent difficile, quelquefois même impossible à reconnaître, lorsque l'inflammation occupe une veine profonde, surtout une de celles contenues dans les grandes cavités; cette maladie, dis-je, ne peut échapper à un examen attentif, quand les veines superficielles en sont le siége. La lésion d'un nerf, l'inflammation d'une artère ou de vaisseaux lymphatiques sont les seules maladies avec lesquelles on pourrait la confondre au premier coup-d'œil; mais avec une scrupuleuse attention, on parvient aisément à les distinguer. Un nerf est-il lésé, la douleur suit immédiatement la piqûre et s'irradie de ce point vers les extrémités, souvent il survient de l'insensibilité, et presque toujours des fourmillemens dans ces parties; le membre est bien rétracté, mais n'offre aucun gonflement ni cordon noueux. Est-ce une artère qui est phlogosée, la douleur suit la direction du sang artériel; à la pression on trouve sous le doigt un cordon, mais on ne sent pas les nodosités qui se trouvent dans la

phlegmasie des veines. Enfin, existe-il une inflammation des vaisseaux lymphatiques, cette inflammation est plus légère et plus superficielle; l'on aperçoit plusieurs petits vaisseaux rougeâtres qui s'entrecroisent, et presque toujours les ganglions s'engorgent.

Prognostic. Lorsque la phlébite est spontanée, qu'elle attaque un gros vaisseau, qu'elle est occasionée par un irritant, un principe délétère porté dans le torrent de la circulation, que les symptômes se développent avec rapidité, elle est presque toujours rebelle à tous les moyens employés pour la combattre, et la mort ne se fait pas long-temps attendre. La veine est-elle superficielle, la cause qui l'a produite est-elle extérieure et sans inoculation d'un principe morbide, elle est ordinairement peu grave, et cède avec facilité à un traitement bien dirigé.

Examen cadavérique. Sans m'arrêter sur les désordres que l'on a rencontrés dans les principaux viscères, je ne puis entièrement passer sous silence les lésions de l'organe respiratoire. Plusieurs autopsies, dans lesquelles j'avais constamment rencontré, soit une hépathisation bien marquée du poumon, soit du pus contenu dans sa propre substance, m'avaient porté, concuremment avec quelques médecins, à penser que la mort qui survenait à la suite devait plutôt être attribuée à la lésion de ce viscère occasionée par la présence du pus porté par la circulation, qu'à la phlegmasie des veines elles-mêmes. Mais la nécropsie récente de plusieurs individus me prouva que mon opinion avait été trop générale : dans les uns, nulles lésions de l'organe respiratoire n'ont été rencontrées ; dans d'autres, morts dans les vingt-quatre heures après le développement de la maladie, l'on a pas trouvé de pus dans les veines enflammées.

La peau et le tissu cellulaire environnant sont souvent durs et crians sous le scalpel, ou infiltrés abondamment, ou pleins de pus ou gangrénés. Les veines sont tendues, dures, ordinairement plus volumineuses ; elles ont perdu leur transparence et résistent au doigt qui

les comprime, et au tranchant de l'instrument qui les coupe. Lorsque l'inflammation a duré peu de temps, on aperçoit de petits vaisseaux sanguins ramper à sa surface interne ; est-elle plus avancée, la membrane interne des veines est d'un rouge différent de celui du sang, d'une épaisseur plus ou moins marquée ; est-elle intense, toutes les tuniques participent à cette épaisseur.

La paroi interne est tantôt lisse, tantôt inégale, quelquefois ulcérée, corrodée dans une plus ou moins grande étendue, surtout quand la membrane interne a été long-temps soumise à l'action inflammatoire ; et dans la phlébite, suite de la saignée, on rencontre très-souvent un petit ulcère à l'endroit de la piqûre. D'autres fois, on a trouvé cette membrane épaissie ou amincie, friable, ramollie, lardacée ; on y a remarqué des bourgeons, que M. *Dupuytren* appelle *bourgeons charnus* ou *vasculaires*. Souvent, dans l'intérieur du canal, on ne trouve aucun liquide, ou bien un fluide séreux, sanguinolent, qui tantôt circule dans les veines, tantôt reste stagnant, ou bien du pus mêlé au sang ou pur ; on trouve aussi une tunique ou fausse membrane interne molle ou résistante. L'honorable professeur que la mort vient d'enlever à notre admiration, trouva sur une femme une fausse membrane dans la veine rénale gauche, s'étendant dans la veine cave, en haut jusqu'à son passage dans le diaphragme ; en bas jusqu'à la bifurcation en iliaques. A Nantes, dans le service de M. *Laennec*, en 1826, on remarqua dans plusieurs veines, chez une personne morte à la suite d'une couche double, des concrétions canaliculées contenant du pus. On a aussi trouvé des calculs libres et des tumeurs de la membrane interne des veines. M. *Hodgson* rapporte un fait d'une tumeur grosse comme une noisette, développée sur la membrane interne de la veine splénique. On peut rencontrer ces vaisseaux sous forme de cordon aplati, ligamenteux ou celluleux. MM. *Baillie*, *Béclard* et *Dupuytren* ont aussi vu des ossifications des veines.

Traitement. Le traitement préservatif consiste à ne se servir dans la phlébotomie que de lancettes propres, bien aiguisées, et qui ne

seront employées qu'à cet usage. On évitera de piquer plusieurs fois dans le même endroit, de tenir la plaie béante, d'interposer un corps entre ses lèvres. On réunira toujours par première intention, en ayant soin de n'exercer qu'une compression modérée. Le bras saigné ne devra exécuter aucun mouvement un peu grand avant la cicatrisation. Lorsqu'une piqûre aura été faite avec un instrument chargé d'un virus ou d'un principe délétère, on lavera avec soin la place, on la fera saigner long-temps; on placera dessus des ventouses, afin de s'opposer à l'absorption; on cautérisera avec le feu, le nitrate d'argent, le muriate d'antimoine, les acides minéraux, etc. Dans les opérations on aura soin de prévenir les inflammations trop vives, surtout dans l'excision des varices.

Quand malgré ces moyens une phlébite se développe, si elle est bornée et récente, les topiques froids, tels que l'immersion prolongée dans l'eau froide, l'application de la glace, de l'eau et le vinaigre, l'ont souvent arrêtée dans son cours. Si elle est plus avancée, et que la phlegmasie se propage le long du vaisseau, on doit de suite recourir aux émissions sanguines, soient locales, soient générales; aux fomentations émollientes et narcotiques, aux cataplasmes de même nature, aux bains tièdes, aux boissons mucilagineuses. M. *Lisfranc*, à la Pitié, a observé que l'emploi des sangsues avait un heureux résultat, placées immédiatement au-dessus de l'inflammation. Souvent aussi les sédatifs, tel que l'acétate de plomb dissous dans l'eau froide, ont fait cesser de suite l'inflammation.

John Hunter a plusieurs fois employé avec succès la compression exercée au-dessus de l'endroit enflammé; malgré l'assertion de *Benjamin Travers*, qui la regarde comme inutile, vu la difficulté de l'adhérence des parois de ces vaisseaux, cette pratique paraît rationnelle, en considérant que le cours du sang, qui paraît être la cause contraire à cette adhérence, étant arrêté, la veine peut s'oblitérer et empêcher l'inflammation de se prolonger plus loin. Tantôt cette compression est exercée circulairement, tantôt seulement sur le vaisseau lésé. Quelques médecins ont aussi proposé la section totale

de la veine malade à quelque distance au-dessus de l'endroit piqué. Si la phlegmasie provient du contact immédiat avec un organe malade, il faut combattre la cause principale de la maladie. Des abcès se sont-ils formés le long des veines enflammées, il faut procéder de suite à leur ouverture.

Lorsque la phlébite est spontanée ou intense, qu'elle agit sympathiquement sur les principaux organes, le poumon, le cœur, l'encéphale, on doit déployer avec énergie le traitement antiplogistique général et local, les évacuations sanguines répétées, une diète sévère, les boissons aqueuses abondantes, et principalement les bains. Cependant si, malgré l'emploi bien dirigé de ces moyens, les progrès n'en sont pas moins rapides, et que la maladie prenne le caractère de la lésion de l'organe affecté, je pense que l'on peut recourir aux mercuriaux administrés, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. Les guérisons obtenues par M. *Récamier* semblent nous autoriser à prendre ces moyens quand les antiphlogistiques n'ont pas réussi. Il en sera de même des antimoniaux et du tartre stibié à haute dose, surtout ce dernier, que *Laennec* a employé avec tant de succès à l'hôpital de la Charité; car devant les faits doivent souvent se taire les théories.

FIN.